

Probleme de management al controlului tuberculozei în Republica Moldova

*D. Sain, I. Haidarli, C. Palihovici, L. Răvneac, G. Crivenco, A. Donica, L. Nepoliuc, T. Țîmbalari

Chiril Draganiuc Institute of Phtysiopulmonology
13, C. Varnav Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: tel 022899019. E-mail: dmitriisain@rambler.ru
Manuscript received March 02, 2012; revised March 30, 2012

Organizational problems of tuberculosis control in the Republic of Moldova

Tuberculosis became an epidemic in the Republic of Moldova in the last century as a result of the socio-economic crisis, insufficient financing of healthcare, and the lack of anti-TB drugs. Due to the continuing deterioration of the epidemiological situation; the Government approved the National Tuberculosis Program (NTP) based on the DOTS strategy. The successful implementation of the NTP is only possible if all the sections of the strategy are performed, attaching special importance to the identification of patients with tuberculosis (TB) and their treatment on an outpatient basis. Since most of the TB patients first apply for medical assistance at institutions of general healthcare these have a good opportunity to establish a constructive relationship with the patient. The final outcome of TB treatment depends on the early detection and treatment of patients under the direct supervision (DOT). Unfortunately, the family doctor's identification of TB patients with the bronchopulmonary pathology is not more than 60% of actual cases. Meanwhile, because of the duration of the chemotherapy (especially with MDR-TB) it is difficult to maintain the patient's desire to comply with the potentially successful treatment. However, the health worker to whom the patient first applies at may be instrumental in creating a proper attitude toward his the therapy program. Frequent interruptions in treatment result in resistance to the drug. Healthcare workers should also pay close attention to the development of the patient's psychiatric symptoms. Psychological support is often very effective, in the form of both individual psychiatric consultation and group therapy. The patient's intake of alcohol and drugs needs to be assessed. Such patients require early detection of the effects of alcohol and drugs and direction to the specialized hospitals for joint treatment with psychiatrists and narcologists as they develop encephalopathy and suffer mental decline, often not only violating the regime to abuse alcohol, even in the hospital, but also to stop treatment completely. However, even with DOT some patients do not comply with treatment regimen. To ensure adherence, the healthcare professional must use the tactic of providing patients "means" and "incentives": additional tickets for transportation, food parcels, etc., which contribute to the treatment's efficacy. Should the patient want to discontinue treatment it is necessary to assess the severity of depression and the extent of drug or alcohol abuse and consider the use of means and incentives to foster patient compliance. This is the objective of the collaboration between family physicians and phthisiopneumologists in implementing the National Program for the early diagnosis and effective treatment of tuberculosis.

Key words: tuberculosis, treatment, health national programs.

Организационные проблемы контроля туберкулеза в Республике Молдова

Эволюция туберкулеза в Республике Молдова приобрела эпидемический характер в 90-х годах прошлого века и в связи с продолжающимся ухудшением эпидемиологической ситуации, начиная с 2001г. Правительство утверждает каждые 5 лет Национальную Программу по контролю над туберкулезом. Национальные Противотуберкулезные Программы (НТП), основаны на стратегии DOTS. Успешная реализация НТП возможна только при условии выполнения всех разделов стратегии. Особое значение мы придаем участию Первичной медицинской сети (ПМС) в выявлении больных туберкулезом (ТБ) и их лечению в амбулаторных условиях под непосредственным контролем (ДОТ). К большому сожалению, выявление больных ТБ из числа обратившихся к семейному врачу с патологией бронхолегочного аппарата осуществляется не более чем, в 60% случаев. Необходимо уделить пристальное внимание развитию у пациента психиатрических симптомов. Психологическая поддержка часто оказывается очень действенной в виде посещения врача психиатра. Однако даже при применении ДОТ часть пациентов не соблюдает режим лечения и не является для приема препаратов. У пациента, желающего прекратить лечение, необходимо оценить тяжесть депрессивного состояния и степень злоупотребления алкоголем или наркотиками. Следует обдумать возможность использования средств и стимулов, которые способны обеспечить соблюдение пациентом режима лечения. Такие больные требуют своевременного выявления последствий алкоголя и наркотиков, определения в специализированные стационары для совместного лечения с психиатрами или наркологами. Приведены конкретные задачи для совместной работы семейных врачей и фтизиопульмологов в реализации Национальной Программы по ранней диагностике и эффективному лечению туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез, лечение, национальные программы здравоохранения.

Introducere

În pofida eforturilor făcute în cadrul programelor naționale de control al tuberculozei, realizate în perioadele 1996-2000, 2001-2005, 2006-2010, o serie de factori, – incidența înaltă a tuberculozei, răspândirea tuberculozei cu rezistență extinsă la medicamente, frecvența înaltă a tuberculozei la persoanele din penitenciare și HIV-infectate, migrația populației, denotă că tuberculoza continuă a fi o problemă prioritară de sănătate publică pentru Republica Moldova.

Actualmente, incidența globală a tuberculozei (113,3%₀₀₀) este mult mai înaltă decât media înregistrată în țările din Uniunea Europeană unde, conform datelor OMS, în anul 2009 erau consemnate 15,8 cazuri față de media în Europa – 47,0 cazuri la 100 000 de locuitori.

Trebuie de menționat faptul că, în pofida tuturor intervențiilor menite să optimizeze depistarea, acceptarea și accesul la tratament, rata de identificare a cazurilor de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă a constituit doar 56,4% în anul 2011 și este

cu mult sub nivelul de cel puțin 70%, recomandat de Organizația Mondială a Sănătății [1, 2].

Concomitent, rata de succes al tratamentului pentru cazurile noi de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă a sputei nu a crescut în ultimii ani, cauza fiind referită la frecvența înaltă de eșec și abandon. Astfel, rata de succes al tratamentului cazurilor noi cu microscopie pozitivă a sputei este mai puțin de 60,0%, pe când ținta strategiei DOTS este de a obține succes în tratament cel puțin la 85% din totalul cazurilor noi cu microscopie pozitivă a sputei.

Studiul național „Factorii de risc asociat cu tratamentul DOTS al tuberculozei, implicit și eșecul în Republica Moldova” menționează că succesul tratamentului DOTS depinde nu atât de factorii clinici, personali sau economici ai pacientului cu tuberculoză, cât de probleme legate de prestatorii de servicii, cum ar fi managementul pacienților, calitatea și continuitatea monitorizării, cunoștințele pacientului despre tuberculoză și tratament [3].

Pe lângă lacunele în infrastructură, accesul la serviciile de control al tuberculozei este redus din cauza lipsei suportului social pe parcursul tratamentului, în special pentru pacienții care fac parte din categoriile social-vulnerabile ale populației. Astfel, în anul 2011 aproximativ 45% de bolnavi de tuberculoză, care necesitau suport social, nu au beneficiat de el.

O altă problemă care duce la menținerea situației nefavorabile în tuberculoză este concentrarea insuficientă a eforturilor asupra unor intervenții la nivelul grupurilor vulnerabile de populație – persoane fără adăpost, persoane din comunități izolate, din zone cu nivel socio-economic scăzut, bolnavi cu tuberculoză multidrogrezistentă, copii și tineri ai străzii, migranți, deținuți și persoane eliberate din detenție. S-au redus activitățile intersectoriale, de sensibilizare a opiniei publice și de creștere a rolului autorităților publice locale în acțiunile de control al tuberculozei, care determină o piedică în elaborarea și implementarea unor programe eficiente.

Activizarea socială nu a atins nivelul, care ar influența politicienii pentru mobilizarea tuturor resurselor și capacităților în lupta cu tuberculoza, iar educarea pacienților, prestatorilor de servicii de sănătate și informarea populației, totuși, încă nu sunt considerate activități de importanță majoră.

Nu se asigură implicarea, la capacitate maximă, a tuturor organizațiilor publice și private, instituțiilor și resurselor destinate îmbunătățirii, întreținerii și revitalizării sistemului de sănătate și, în special, în măsurile de îmbunătățire a situației privind tuberculoza. Iar sistemul sănătății încă nu este fortificat în baza asistenței medicale primare, pentru a răspunde efectiv la controlul tuberculozei.

Managementul serviciului de ftiziopneumologie este sub nivelul așteptat din cauza lipsei cadrelor specializate, neatractivității specialității de ftiziopneumolog, dar și de capacitatea redusă a unității de coordonare a implementării Programului.

Situația se menține gravă și din cauza că încadrarea în tratament a pacienților cu tuberculoză multidrogrezistentă este asigurată în proporție doar de 70%. De asemenea, multidrogrezistența este unul dintre factorii care contribuie la menținerea numărului înalt de decese prin tuberculoză. Astfel, în ultimii 5 ani, zilnic decedează prin tuberculoză în medie două persoane.

Programele Naționale de Control și Profilaxie a tuberculozei sunt bazate pe strategia DOTS, recomandată de OMS. Componentele principale ale strategiei DOTS sunt depistarea cazurilor prin microscopia sputei din rândul pacienților simptomatici, care se adresează la medicina primară și tratamentul direct observat (DOT).

Tratamentul direct observat este o metodă eficientă de realizare a tratamentului antituberculos, care preconizează situația astfel încât cadrul medical special instruit să supravegheze luarea medicamentelor antituberculoase de către pacient.

În tratamentul adecvat și corect, la finele fazei intensive, majoritatea pacienților devin necontagioși și sunt externati pentru continuarea tratamentului în condiții de ambulatoriu. Un pacient cu tuberculoză, care trebuie să parcurgă un drum lung pentru luarea medicamentelor, este mai puțin probabil să fie compliant pe toată perioada, deaceia este esențială implicarea oportună a lucrătorilor asistenței medicale primare (AMP) în realizarea tratamentului ambulatoriu. Lucrătorii AMP trebuie să asigure observarea luării medicamentelor de către pacienți în mod corect, deoarece nerespectarea regimului duce la consecințe grave, una dintre ele fiind dezvoltarea tuberculozei multirezistente (MDR TB).

Complianța pacientului la tratament înseamnă aderarea conștientă a pacientului la tratamentul indicat. Metodele de ameliorare a complianței includ educarea pacientului, colaborarea eficientă cu pacientul, organizarea tratamentului în condiții satisfăcătoare pentru pacient. Dacă lucrătorul AMP manifestă o atitudine grijulie și o insistență delicată, în majoritatea cazurilor, se poate obține complianța pacientului în luarea preparatelor antituberculoase fără întreruperi.

O relație bazată pe încredere între pacientul cu tuberculoză și prestatorii asistenței medicale primare, poate contribui la creșterea complianței pacientului la tratament. Pacientul și personalul medical sunt, în egală măsură, responsabili pentru asigurarea complianței la tratament. Pentru dezvoltarea complianței, pacientul și membrii familiei trebuie să asimileze informațiile despre tuberculoză, inclusiv referitoare la tratament. Consilierea și educarea pacientului sunt părți integrale ale procesului de tratament.

Insuccesul tratamentului rămâne o provocare pentru majoritatea Programelor Naționale de control al tuberculozei. Aceasta crește riscul dezvoltării rezistenței la preparatele antituberculoase, recidivei, decesului prin progresarea tuberculozei.

Conform datelor monitoringului, debacilarea în perioada intensivă, la externare atinge prevederile strategiei DOTS (83-85%), însă la sfârșitul tratamentului indicii ratei succesului la cazurile noi BAAR-pozitive, în ultimii ani nu depășește 60%. Scăderea ratei succesului tratamentului este influențată de eficacitatea tratamentului în faza de continuare, această fază devenind crucială și, se presupune, că ineficiența tratamentului se constată anume în această perioadă.

Momentele respective au și cauzat interesul față de aspectele psihologice ale atitudinii față de tratamentul tuberculozei la pacienții non-cooperanți. Trebuie de menționat că interesul față de aspectul psihologic al problemei date începe să se anunțe din anul 1985, când pentru prima dată s-au efectuat studii în spitalul specializat pentru tratament coercitiv al bolnavilor de tuberculoză, apoi în anul 2006, în spitalul de tuberculoză din penitenciar. S-a stabilit că bolnavii de tuberculoză au diverse motive de refuz sau întrerupere a tratamentului, având tendințe de abuz de alcool, dizabilități psiho-neurologice, sociale.

Într-o măsură oarecare aceștia sunt receptivi la modalitățile medicale de tratament – farmacoterapie, psihoterapie, ergoterapie ș. a. Bolnavii cu tulburări de personalitate, în special disociali, depășesc posibilitățile medicale chiar în condițiile speciale de tratament coercitiv.

Existența conceptuală de alternativă a fost înaintată de ftiziologii din Franța, care au stabilit, că 40% dintre bolnavii de tuberculoză

necesită consultarea și tratamentul ftizio-psihiatric concomitent. În Franța a fost modificată legea despre responsabilitatea juridică și au fost salarizate 1 000 de unități de psihiatri pentru lucrul sectorial (comunitar). Postulatul lui Hippocrates „tratează bolnavul” este valabil și în sec. XXI. Pentru a obține vindecarea pacientului este necesară nu numai o soluționare a problemelor biologice, dar și sociale și psihologice, care formează complexul suferinței. Acest postulat se referă în mare măsură la bolnavii de tuberculoză, a căror vindecare nu depinde numai de voința proprie, dar și de relațiile stabilite în anturaj – materiale și morale.

Problema abandonului, refuzului din start al tratamentului, „întârzierii” cu investigațiile, toate constituie una și aceeași parte, care caracterizează relația *medic-pacient* a acestei categorii importante de bolnavi de tuberculoză, care înrăutățesc considerabil situația epidemiologică, pun în pericol securitatea sănătății publice. Pentru a respecta istoricul în expunerea problemei, vom menționa, că după al doilea război mondial, odată cu pericolul epidemiologic de răspândire a tuberculozei la scară mondială și, conform Convenției ONU de nerăspândire a maladiilor infecțioase, a fost propus tratamentul coercitiv pentru aceste categorii de bolnavi.

Internările în secțiile specializate de tratament coercitiv au demonstrat, că la bolnavii de tuberculoză și alcoolism de gradul întâi, prevalau tulburările de personalitate, iar dependența alcoolică părea voalată, subclinică, slab pronunțată. Este caracteristică motivația alcoolizării la acești pacienți, care fără echivoc o explicau prin nevoia de a se abate de la problemele vieții grele, „impuse” și nesoluționabile. Aspectul psiho-corecțional al tratamentului acestor pacienți consta în trasarea sarcinilor pacientului vizavi de propria sănătate. Psihoterapia îndelungată nu putea de fiecare dată fi dusă până la bun sfârșit din cauza evadărilor pacienților din această categorie.

Grupul bolnavilor cu tulburări nevrotice se deosebesc prin faptul, că gradul de destrucție pulmonară era mai puțin avansat față de bolnavii din alte grupuri, ceea ce se datora tratamentului de lungă durată și cu întreruperi mai scurte și nesemnificative. La acești bolnavi nu s-a observat refuz definitiv la tratament, decât numai întreruperi.

Motivația întreruperilor tratamentului o expuneau deschis, franc, invocând anxietatea, fobia de a nu se îmbolnăvi de „altă boală”, invocau intolerabilitatea la medicamente, neînțelegeri cu lucrătorul medical. Ei acuzau simptome care la analiza detaliată a anamnezei și comportamentului dar, în special, în timpul testărilor, erau depistate stări obsesive, trăiri de ipocondrie, sensibilitate exagerată la diferite forme de algi, insomnie. Prevala lipsa de încredere în vindecare care, deseori, apărea ca o sugestie din partea cuiva, sau atunci când apărea în salon vre-un bolnav în stare mai gravă. În cazuri mai rare era constatată alexitimia, adică bolnavii nu-și puteau defini starea internă, care îi deranja, erau axați pe stresul psihologic suportat. Grupul pacienților cu tulburări psihoorganice necesitau investigații organice cerebrale, precum și tratament general complex.

Motivația netratării tuberculozei pulmonare, deseori, era ambiguă și neclară, ceea ce corela cu nivelul de dezvoltare intelectuală mai scăzut (74,1% au școlarizare mai jos de medie) și consecințe ale sindromului psihoorganic dobândit. Acuzele frecvente erau

cefaleea, vertijurile, algiile de diferită localizare, dar și reducerea intelectual manestică, instabilitatea afectivă, sugestibilitatea. Psihoterapia stărilor nevrotiforme și psihopatiforme la acești pacienți era continuă, deoarece o eficiență durabilă era greu de stabilit. Se apela la rudele bolnavilor care, de regulă, influențau pozitiv situația de necesitate a tratamentului și consecințele neacceptării acestuia.

Așadar, implementarea acțiunilor de control al tuberculozei în activitatea Asistenței medicale primare este primordială în realizarea cu succes a Programului Național de Control al tuberculozei. Datorită faptului că furnizorii de AMP reprezintă primul contact, pe care îl au oamenii cu serviciile medicale, numai o bună relație de comunicare a lor cu serviciile specializate de tuberculoză se va încununa cu succes în depistarea precoce și tratamentul pacienților de tuberculoză. Pentru a realiza măsuri eficiente în controlul tuberculozei este necesară:

- identificarea suspectilor la tuberculoză din rândul „simp-tomaticilor” și îndreptarea lor către serviciul de ftiziopneumologie;
- formarea grupurilor de risc sporit de îmbolnăvire cu tuberculoză și examinarea activă, cu identificarea tendințelor de alcoolizare, dizabilităților nevrotice; psihoorganice, disociale;
- confirmarea diagnosticului de tuberculoză, efectuarea vizitelor comune în focar, împreună cu medicii epidemiolog și ftiziopneumolog, cu întocmirea documentelor de investigare a focarului, alcătuirea planului de asanare a lui și asigurarea realizării lui;
- efectuarea tratamentului antituberculos în faza de continuare (în unele cazuri și în perioada intensivă a tratamentului), asigurând administrarea strict observată a preparatelor (DOT) cu respectarea indicațiilor date de ftiziopneumolog;
- depistarea cazurilor de întrerupere a tratamentului și reîn-cadrarea imediată a pacientului la medicație;
- în cazurile întreruperii repetate sau abandonului tratamentului, în comun cu ftiziopneumologul, de organizat consultația psihiatrului și narcologului pentru concretizarea tacticii de tratament.

Programul Național de Control al Tuberculozei pentru perioada 2011-2015 prevede integrarea principalelor activități antituberculoase, în care un rol important îi revine medicului de familie, creează premise optime pentru consolidarea tuturor serviciilor implicate și cristalizarea unui profesionalism eficient în domeniul controlului tuberculozei în conformitate cu strategia DOTS.

Realizarea cu succes a Programului Național de Control al Tuberculozei în cadrul reformelor Sistemului Sănătății presupune o largă conlucrare nu numai a specialiștilor ftiziopneumologi și medicilor de familie ci și a medicilor întregii rețele medico-sanitare.

Bibliografie

1. World Health Organization. Tuberculosis Programmer. Framework for effective tuberculosis control. WHO/RB/94.179 Enarson DA, Rieder HL, Arnadottir T, et al. Tuberculosis guide. For low income countries. Fourth edition, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Paris, 1996.
2. Schneider E, Moore M, Castro KG. Epidemiology of tuberculosis in the United States. *Clinics in Chest Medicine*. 2005;26(2):183-195.